

ANNÉE 1930

N°

THÈSE 289

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ROBERT RENAC

Né le 30 Mai 1902, à Fégréac (Loire-Inférieure)

De l'importance de la Ponction Exploratrice du tympan dans les otites latentes du Nourisson

Président de Thèse : M. le Professeur Pierre SEBILEAU

MARCEL VIGNÉ, EDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13
PARIS

1930

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ROBERT RENAC

Né le 30 Mai 1902, à Fégréac (Loire-Inférieure)

**De l'importance de la Ponction
Exploratrice du tympan
dans les otites latentes du Nourisson**

Président de Thèse : M. le Professeur Pierre SEBILEAU

MARCEL VIGNÉ, EDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13
PARIS

1930

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. ROGER.

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MAURICE VILLARET
	CARNOT.
	BEZANÇON.
Clinique médicale	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DEL BET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BENARD HENRI.
Physiologie.....	BINET.
Chimie biologique.....	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale.....	BROCC.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDAR D'ALLAINES.
Physique.....	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique.....	ECALLE.
Urologie.....	FEY.
Pathologie expérimentale.....	GARNIER.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Histologie.....	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Anatomie.....	HOVELACQUE.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Parasitologie.....	LAROCHE GUY.
Oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique.....	LEROUX.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pharmacologie.....	MERCIER FERNAND.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie.....	MULON.
Anatomie Pathologique.....	OBERLING.
Anatomie.....	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUENU.
Physiologie.....	RICHEF Fils.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie médicale.....	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique.....	VAUDESCAL.
Ophtalmologie.....	VELTER.
Histologie.....	VERNE.
Obstétrique.....	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

Pharmacologie	MM.
Obstétrique	BUSQUET.
Parasitologie	GUENIOT.
Physique	LEQUEUX.
Obstétrique	NEVEU-LEMAIRE.
	ZIMMERN.
	DEMELIN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

Clinique chirurgicale.....	MM.
Clinique chirurgicale.....	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale.....	AUVRAY.
Clinique médicale.....	CHEVASSU.
Clinique obstétricale.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique médicale.....	LE LORIER.
Clinique chirurgicale.....	LÉRI.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	PROUST.
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MM.
Stomatologie	MAUGLAIRE.
Education physique.....	FREY.
Radiologie clinique.....	CHAILLEY-BERT.
Puériculture	LEDoux-LEBARD.
	WEILL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

*En témoignage de ma profonde
admiration et de ma reconnaissance
inébranlable.*

A LA MEMOIRE VENÉRÉE DE MON PÈRE

A MES SŒURS

Meis et Amicis

A MONSIEUR LE DOCTEUR SEBILEAU

*Professeur de clinique oto-rhino-laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris*

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

*En témoignage de notre gratitude,
pour l'insigne honneur qu'il nous
a fait en acceptant la présidence
de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DENIS

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôtel-Dieu d'Orléans

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et dont les conseils
nous ont facilité ce travail; qu'il
trouve ici nos plus vifs remercie-
ments.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

Le remarquable rapport de MM. Le Mée, Bloch et Cazejust au congrès de 1925 sur « les otites latentes chez l'enfant », a mis en évidence l'importance primordiale qu'il fallait attacher à cette fréquente affection des tout petits, plus fréquente sans doute qu'on ne l'avait cru jusqu'alors. Non pas, certes, qu'elle ait été inconnue de nos devanciers. Depuis la communication de M. Renaud à la Société médicale des Hôpitaux en 1921, les nombreux travaux et discussions qui se sont succédés nous ont montré le rôle capital que l'enseignement médical, particulièrement l'enseignement médical français, avait accordé à l'otite latente, surtout chez le nourrisson.

Le diagnostic de cette maladie est difficile pour de multiples raisons que nous examinerons chemin faisant. Après un court aperçu anatomique de l'oreille chez le nourrisson, nous insisterons sur la symptomatologie de l'otite latente. Les affections auriculaires sont, à cet âge, extrêmement fréquentes, et comme les signes fonctionnels sont alors à

peu près inexistants, on risque de passer à côté du diagnostic, et de traiter le petit malade pour une toute autre cause. Pour éviter l'erreur, il n'est pas de meilleur moyen que de penser à pratiquer l'examen otoscopique.

L'examen systématique de l'oreille devient, en effet, chez le nourrisson, aussi capital que l'auscultation du poumon ou l'examen de la gorge.

Le tympan, cependant, peut ne nous rien révéler; sans vouloir nier la grande valeur des signes objectifs donnés par l'examen otoscopique, nous croyons toutefois qu'ils ne sont pas toujours constants; si le doute subsiste, à quels moyens d'investigation doit-on dès lors avoir recours? Le choix est à faire entre la ponction exploratrice du tympan et la paracentèse.

Les rapporteurs au congrès de 1925 ont inexorablement rejeté la première pour donner leur préférence à la seconde, cette opinion s'appuyait à la fois sur leur expérience personnelle et sur celle de nombreux pédiatres et auristes consultés dans leur référendum. Cet ostracisme est sans doute trop sévère, car la ponction exploratrice du tympan nous a donné parfois de précieux renseignements alors qu'aucun autre symptôme ne pouvait permettre d'affirmer le diagnostic d'otite.

Après avoir rapporté et discuté les objections qui lui ont été faites, nous voudrions montrer les avan-

tages réels que présente ce mode d'investigation. Sans aller jusqu'à soutenir qu'un praticien de médecine générale devrait être aussi apte à faire une ponction du tympan qu'il l'est à faire une ponction de la plèvre ou une ponction lombaire, nous basant sur les résultats qu'il nous a été permis d'observer, nous concluons qu'il y a là un moyen de diagnostic à ne pas négliger.

HISTORIQUE

Nous n'avons pas l'intention de retracer ici l'histoire complète de l'otite latente ; nous ne ferons qu'effleurer au passage l'historique de cette question, afin de montrer l'intérêt qu'on lui a porté durant ces dernières années.

Les rapporteurs, que nous avons déjà cités et auxquels nous emprunterons largement dans cette thèse, distinguent dans l'histoire de l'otite latente deux grandes périodes :

1° Une période anatomo-pathologique, au cours de laquelle les auteurs s'attachent surtout à fixer l'étiologie du processus otitique caché; nous ne nous y attarderons pas.

2° Une période clinique, où, les progrès de l'otoscopie aidant, on tend à préciser des faits d'observation devenus de plus en plus complets; c'est la période contemporaine, de beaucoup la plus importante.

Les travaux vont porter sur la bactériologie, la sémiologie des otites. Les premières tentatives d'examen objectif du tympan sont faites seulement

à cette période. Peu à peu l'otite se révèle aux praticiens, Hartmann établit un lien entre l'otite et certains troubles digestifs ; il insiste sur les accidents gastro-intestinaux et l'amaigrissement qui marquent chaque recrudescence des troubles auriculaires ; il indique, pour enrayer de tels accidents, la nécessité du traitement par la paracentèse.

Veillard, en 1898, fait de sa thèse une « Contribution à l'étude de l'otite du nouveau-né et du nourrisson ». Gomperz consacre également un très important travail à cette question.

En 1903, Barbillon nous entretient « de l'infection d'origine otique chez le nourrisson ». Eschweiler, en 1912, étudiera « l'otite des petits enfants ». La même année, le professeur Alexander, dans son « Traité des maladies de l'oreille chez l'enfant » insistera sur l'absence possible de tout symptôme fonctionnel dans l'otite du nourrisson — quelques années plus tard, Martino (de Montevideo), dans une très remarquable étude, nous montrera la fréquence de l'otite au cours des maladies de l'enfance. En 1921, dans une communication retentissante, M. Renaud rappellera quelle place prépondérante occupe l'otite dans la pathologie infantile ; il inspirera la thèse de son élève Arbeltier « sur la fréquence et la gravité de l'otite du nourrisson ».

En 1921-1922, le professeur Sébilleau, dans une

série de leçons faites à l'hôpital Lariboisière, attirait également notre attention « sur les suppurations aiguës de la cavité autro-tympanale » chez les nouveau-nés et les nourrissons ainsi que chez les enfants du premier et du second âge.

Citons enfin, plus près de nous encore, la thèse de Vesselle sur « l'Otite du Nourrisson ». M. Comby est le premier qui ait prononcé le mot « d'otite latente » dont l'histoire se confond pendant très longtemps avec celle de l'otite suppurée classique.

Nous ne pouvons mentionner tous les travaux parus à ce sujet au cours de ces trente dernières années, un simple coup d'œil sur une table bibliographique nous montre combien cette question a occupé l'esprit des observateurs; malgré cela, les traités de médecine infantile continuent à n'accorder qu'une place bien restreinte à l'otite, et passent sous silence les formes latentes de cette affection.

Dans le deuxième mémoire, à propos des otites et des suppurations du rocher chez le nourrisson, que M. Renaud présenta à la Société Médicale des Hôpitaux, on lit : « Pour me mettre à l'abri de toute critique, j'ai pris pour critère de l'otite, le fait de retirer dans une seringue, par ponction, du pus ensuite étalé sur lames et mis en cultures. Tous mes diagnostics ont eu cette base indiscutable. » C'était la première fois qu'était pratiquée la ponction exploratrice du tympan; jusqu'alors, on n'avait pas

trouvé utile ce moyen d'investigation. Cette « base indiscutable » fut pourtant bien discutée, et même âprement discutée; on reprochait à la ponction tant d'inconvénients, et elle présentait si peu d'avantages que le mieux était de n'en plus parler. Telle fut la conclusion du Congrès de 1925. Quelques-uns, cependant, lui gardèrent, malgré tout, leur confiance. Il convient de citer, à ce propos, MM. Leroux-Robert et Rendu qui n'ont cessé de la défendre depuis lors. Tout récemment enfin, Panneton et Longpré, dans un article paru aux « Annales des maladies de l'oreille » nous apportaient le résultat de leurs recherches qui leur était fourni par plus de deux mille ponctions exploratrices du tympan pratiquées chez le nourrisson.

DEFINITION

Et d'abord commençons par faire le point en donnant quelques définitions. Il est assez amusant de constater combien sont variées et dissemblables les définitions que l'on a données de l'otite latente.

« Affection aigüe dans laquelle les symptômes auriculaires passent inaperçus, et qui ne se révèle que par des symptômes généraux ou des complications crâniennes ».

(Chalmette-Soucat de Troyes).

Pour Compaired, de Madrid, c'est une otite qui évolue sans se manifester, sinon par des signes appréciables à l'examen otoscopique.

Porter Stiles (de Birmingham) en fait « une otite qui existe sans donner aucun signe subjectif susceptible d'attirer l'attention sur l'oreille ; le diagnostic ne peut être fait que par les constatations objectives et l'examen systématique des oreilles » « otite sans symptômes subjectifs marqués, avec un minimum de symptômes objectifs » (Toubert). Citons encore Royet pour qui l'otite latente est « une inflammation de l'oreille moyenne ne se traduisant

pas par les signes physiques classiques de l'otite, mais plutôt par ses signes généraux ».

« Otite moyenne purulente sans écoulement à travers le tympan » (Packard).

« Otite moyenne purulente à évolution atypique, indolore ou quasi-indolore », etc. (Deweer).

Nous ne multiplierons pas les citations ; celles que nous venons de mentionner suffisent à nous montrer combien diffère l'opinion des praticiens, quant à la définition de l'otite latente. Pour les uns c'est une affection aiguë, pour d'autres une maladie chronique ; pour les uns elle est latente parce qu'elle ne s'accompagne pas d'écoulement, pour les autres, parce qu'elle est indolore ; enfin, pour les uns, les symptômes objectifs sont nuls ou presque ; pour les autres, seuls les signes physiques permettent le diagnostic. Ces opinions ne sont d'ailleurs qu'apparemment contradictoires, chacune contenant une part de vérité. On pourrait, semble-t-il, les faire toutes entrer dans la définition suivante que Le Mée donnait de l'otite latente au congrès international de 1922 et qui paraît généralement admise :

« L'otite latente est une collection purulente de la caisse qui ne se manifeste par aucun des signes fonctionnels habituels, et dont les signes physiques seuls permettent le diagnostic. C'est une otite ca-

chée qui ne se révèle que par la notion de fréquence que tout médecin doit avoir à l'esprit », en faisant remarquer que l'otite latente peut être aussi bien aigüe ou subaigüe que chronique, l'épithète « latent » n'étant pas en effet synonyme de chronique; d'autre part que les signes otoscopiques sont souvent très variables.

Pour ce qui concerne le nourrisson, nous n'en ferons pas, à l'exemple de Panneton et de Longpré, le petit être de moins de six mois, nous entendons par « nourrisson » l'enfant qui n'est pas encore sevré, le sevrage ayant lieu le plus généralement 12 à 15 mois après la naissance.

ANATOMIE

Il est nécessaire de donner un aperçu anatomique de l'oreille chez le nourrisson, si l'on veut expliquer la fréquence de l'otite latente et comprendre la gravité particulière des complications auriculaires à cet âge. Nous n'avons pas à nous occuper de la pathogénie de l'otite, n'oublions pas, cependant, que la voie mécanique est le mode d'infection le plus souvent admis par les auteurs. Il est vrai que ce n'est là qu'une théorie et qu'il y en a d'autres, cela va sans dire. Plus loin, nous insisterons sur la difficulté de l'examen otoscopique; la constitution de l'oreille nous donne en grande partie la raison de cette difficulté. Enfin, l'anatomie sera toujours utile à celui qui veut entreprendre une ponction exploratrice du tympan.

CONDUIT AUDITIF EXTERNE

Chez le nouveau-né, le conduit auditif externe se présente comme une fente aplatie de haut en bas et dont les parois diffèrent notablement comme constitution de ce qu'elles sont chez l'adulte.

La paroi supérieure est constituée par deux seg-

mènts. Le segment externe osseux est formé par le plan basilaire de l'écaille du temporal. Le segment interne est membraneux et constitué par la membrane du tympan, très faiblement inclinée, et dont le plan continue presque exactement celui du toit osseux du conduit.

La paroi inférieure présente aussi deux portions: une externe, cartilagineuse; c'est le cartilage du conduit. Il n'existe pas, à cette époque, sur la paroi supérieure de portion cartilagineuse, et le cartilage du pavillon vient s'insérer au niveau de l'orifice externe du conduit osseux. La deuxième portion interne celle-là et fibreuse, est constituée par une lame (lame fibreuse tympanique) dans laquelle se développe l'os tympanal. Ces deux portions se réunissent sous un angle obtus à sommet tourné en haut.

A cet âge le conduit est court et rectiligne, obliquement dirigé en bas et en dedans et non pas horizontal, de telle sorte que pour voir la membrane du tympan, il faut ici, non pas tirer le pavillon en haut et en arrière, mais, au contraire, porter le lobule en bas et en avant. On se trouve, en définitive, en présence d'un conduit presque uniquement membraneux, qui se laissera dilater assez facilement. Le spéculum ne devra donc pas être manœuvré imprudemment, s'il pénètre trop profondément il peut causer des lésions tympaniques.

MEMBRANE DU TYMPAN

Dès la naissance, le tympan présente des dimensions très voisines de celles qu'il aura chez l'adulte; l'augmentation minime de sa surface sera due surtout au développement de sa partie supérieure, segment de Schrapnell, qui allongera légèrement le diamètre vertical de la membrane, diamètre initialement circulaire. Des variations se produiront par contre dans son orientation. Et ici, les opinions sont partagées.

L'angle que la membrane du tympan forme avec l'horizontale est appelée angle d'inclinaison. Or, tandis que beaucoup d'auteurs admettent que la membrane du tympan, horizontale chez le fœtus, a un angle d'inclinaison de 10° à la naissance — la paroi supérieure du conduit et le tympan se faisant suite, presque sans changement de direction — et se relève pour devenir ce qu'elle est chez l'adulte au fur et à mesure du développement de l'os tympanal (Tillaux, Meckel, Troltsch, etc.); d'autres, au contraire, prétendent que le degré d'inclinaison de la membrane tympanique serait à peu près le même chez le nouveau-né et chez l'adulte. (Prussak, Symington, Poirier, etc.). L'erreur pour eux, viendrait de ce que le conduit auditif externe est fortement oblique en bas chez le premier, tandis

qu'il est beaucoup plus horizontal chez le second. Ce qui se modifie, c'est surtout l'angle d'union de la paroi supérieure du conduit et de la membrane du tympan, la paroi supérieure se rapprochant de plus en plus de l'horizontale en se développant. Peu importe d'ailleurs l'explication donnée, il suffit de connaître cette modification de direction, car cette orientation du tympan est un facteur important de la difficulté de l'ostocopie dans les premiers mois.

TROMPE

La trompe d'Eustache, sorte de diverticule du naso-pharynx est plus courte que chez l'adulte, de 6 à 8 millimètres; en revanche, son calibre est plus considérable « non pas relativement mais absolument ». Elle n'a qu'une portion osseuse extrêmement réduite, l'isthme n'existe pas; elle se présente donc comme un vaste canal venant déboucher à la paroi latérale du pharynx, dont l'orifice pharyngé n'est pas à cet âge protégé par le bourrelet tubaire.

CAISSE

A la naissance, la caisse a pris la morphologie du type adulte; elle semble pleine d'un tissu muqueux très mou et aucune cavité n'apparaît. Les recherches anatomo-pathologiques ont montré qu'il s'a-

gissait là d'une infiltration de la muqueuse ; les deux épithéliums sont collés l'un à l'autre, rapprochés par un tissu sous-muqueux infiltré et oedémateux. Dès la naissance cette infiltration se résorbe en un temps plus ou moins long ; elle le fait à la manière des oedèmes, les parties hautes se libérant les premières. Ainsi la caisse va devenir une cavité réelle, sorte de lentille bi-concave et quadrangulaire, ou plutôt de coin à base supérieure. La profondeur de la caisse varie de trois millimètres au quart supérieur à un demi-millimètre à la partie inférieure. Ces dimensions sont à souligner, elles exigeront, pour faire la ponction du tympan, une aiguille présentant un biseau court, ainsi que nous le verrons plus loin. Un biseau trop long risquerait, en effet, d'aspirer l'air du conduit auditif externe au lieu du pus de la caisse et de faire conclure à l'absence d'otite ; mais n'anticipons pas.

Les osselets, qui ont pratiquement les mêmes dimensions que chez l'adulte, ont des rapports beaucoup plus étendus avec la membrane du tympan, surtout au niveau de la zone postéro-supérieure ; chez l'adulte l'unbo atteint l'équateur de la membrane, sans le dépasser, chez le jeune sujet il descend à l'union des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur. Une situation analogue se présente du côté de la paroi interne de la caisse : alors que chez l'adulte l'étrier est presque entièrement au-

dessus de la marge tympanique supérieure, chez l'enfant, cet osselet est presque entièrement visible et la fenêtre se projette à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de la membrane. La fenêtre ovale est en regard du cadran postéro-inférieure du tympan. Le canal qui la précède a la forme d'un entonnoir très évasé. Son bord antérieur est situé assez en avant vers le promontoire.

Ainsi l'étrier et la fenêtre ovale bien moins protégés que chez l'adulte, courent par conséquent, des risques plus sérieux d'être lésés, au cours des interventions qui pourront être entreprises.

L'aditus, l'antre, les cellules mastoïdiennes ne retiendront pas notre attention.

Nous ne terminerons pas cependant sans dire un mot des déhiscences rencontrées au niveau de l'oreille.

Quand on examine un temporal de nourrisson, on est frappé par la persistance des sutures unissant ses trois parties constituantes.

On peut parfois les séparer sans fracture. De telles sutures sont de médiocres barrières.

Il existe à leur niveau une continuité entre la muqueuse de la caisse, véritable périoste, et la dure-mère, périoste du rocher. Si l'on décolle la dure-mère de l'écaille temporale et du rocher en arrachant violemment les lambeaux, on saisit facilement ces connexions et leur importance, car du

même coup on a ouvert la caisse. La suture pétro-squameuse, à peine visible chez l'adulte, est traversée chez le nourrisson par de nombreux vaisseaux qui l'attachent solidement à la dure-mère. La scissure tympano-squameuse persiste généralement jusque chez l'adulte ; quant à la scissure squamo mastoïdienne, elle disparaît le plus souvent à la fin de la deuxième année.

Des points faibles sont également constitués par les déhiscences osseuses que l'on trouve soit au niveau du sinus latéral, soit au niveau du labyrinthe, soit vers le golfe de la jugulaire, soit enfin au niveau du tegmen.

L'importance de ces déhiscences pour la propagation de l'infection n'est pas à souligner ; elles disparaîtront progressivement à mesure que l'enfant avancera en âge.

En somme, l'oreille moyenne est un vaste couloir à peine rétréci par endroits, à peine renflé en d'autres points, et l'on peut dire que la porte est presque constamment ouverte à l'infection, d'autant plus qu'elle est mal protégée par suite de certaines particularités concernant les fosses nasales et le pharynx : absence de vibrisses narinaires, cornets peu développés, muqueuse fine à desquamation active, glandes rudimentaires qui sécrètent peu.

ETUDE CLINIQUE

Il est difficile de donner un tableau quelque peu précis d'une affection, qui, justement, se caractérise par le fait qu'elle demande à être recherchée ou qu'elle ne donne lieu qu'à des symptômes tout à fait lointains et propres à égarer le diagnostic.

Nous ne ferons que rappeler ici les signes qui ont été observés à propos de l'otite latente du nourrisson; nous nous permettrons d'insister davantage sur les résultats fournis par l'examen otoscopique, afin de bien mettre en évidence leur valeur.

Il n'y a guère de signes fonctionnels auriculaires dans l'otite latente, car s'il en existait il s'agirait alors d'une otite-aigüe classique. La douleur, symptôme morbide si capital et si variable, présente ici la même instabilité que dans les autres maladies. Il est probable que, dans certains cas, l'otalgie manque ou tout au moins est très atténuée, peut-être parce que la trompe reste suffisamment béante pour éviter la rétention du pus dans la caisse. Il est non moins probable aussi, que, dans un certain nombre d'autre cas, l'otite du nourrisson s'accompagne d'otalgie. Elle se traduira par des cris tantôt spontanés et incessants, tantôt seulement lorsqu'on

approche de l'enfant, même sans le toucher, tantôt encore parce qu'on le couchera sur un côté plutôt que sur l'autre. L'interprétation de ces cris et de ces pleurs est bien difficile, parfois un geste de la main vers l'oreille, des mouvements continus de la tête — des grincements de dents, un redoublement des cris au moment de la tétée ou le refus de prendre le sein du côté de l'otite — « signe de la succion contro-latérale de Pins » — éveilleront l'attention du clinicien averti.

Il est possible que nous soyons consultés pour un nourrisson grincheux, pleurant sans cesse, ou qui présente une insomnie inexplicable, mais plus souvent, on le sera pour des symptômes généraux, plus objectifs déjà que les signes fonctionnels. Le syndrome, dit Ribadeau-Dumas, qui traduit un trouble dans l'équilibre de la santé du nourrisson peut être ramené à trois éléments principaux : l'hyperthermie, les anomalies de la courbe du poids, les modifications des selles. Ce syndrome apparaît souvent comme la seule manifestation de la maladie du nourrisson, parfois plusieurs jours avant que celle-ci ne prenne une allure caractéristique. Dans l'otite latente comme dans les autres affections on se trouvera donc fréquemment en présence de l'un ou de plusieurs de ces éléments pathologiques.

La fièvre présente différents types. Elle peut être intermittente avec une période plus ou moins lon-

gue d'apyrexie interrompue par de nouvelles poussées. Dans les formes sévères, on trouve une courbe progressivement ascendante avec oscillations entre 38°5 et 39°5. Le type en plateau vers 39° à 40° est aussi observé dans les cas où l'otite coïncide avec une localisation pulmonaire. Parfois enfin, la courbe est du type inversé. Le pouls est en rapport avec la température; on connaît le faciès de ce petit malade qui est moins celui d'un enfant fébrile que d'un intoxiqué ou d'un infecté.

Suivant la loi générale, cette hyperthermie est d'autant plus marquée que la résistance du nourrisson est plus grande.

L'amaigrissement est à peu près constant; mais comme il coïncide avec des troubles digestifs, il est très souvent difficile de le rapporter à sa véritable cause. Son importance variera avec l'état pathologique du nourrisson.

Les troubles digestifs constituent aussi un élément très important de cette triade symptomatique. Ils consistent tout d'abord en diarrhée peu abondante au début, avec quelques selles un peu glaireuses, plus rarement verdâtres.

Ces troubles digestifs sont vraisemblablement sous la dépendance de la pyophagie. Pour les uns, la rhino-pharyngite qui, d'une façon à peu près constante, précède et accompagne l'otite, entraîne la déglutition de muco-pus, qui se déverse dans le

tube digestif. D'autres admettent même que le pus de la caisse peut refluer par la trompe et s'écouler de façon incessante dans le cavum. A cette diarrhée s'ajoutent aussi anorexie et vomissements qui ne se modifient guère sous l'influence du régime. Certains auteurs à la suite de M. Renaud, ont d'ailleurs insisté sur le rôle que pouvaient avoir l'otite et les suppurations du rocher dans la genèse de l'athrepsie du nourrisson.

Parmi les symptômes généraux qui doivent encore donner l'éveil et orienter l'esprit vers la possibilité d'une lésion auriculaire, mentionnons encore les symptômes nerveux, et tout particulièrement, les convulsions plus fréquemment localisées que généralisées. Les déhiscences qui existent sur le temporal du nourrisson, et que nous avons étudiées au chapitre de l'Anatomie, nous font comprendre la facilité de propagation de l'infection.

Viennent enfin les *signes physiques* qui sont les plus importants de toute la symptomatologie de l'otite latente, et permettent, lorsqu'ils existent, d'affirmer le diagnostic.

Nous disons bien, lorsqu'ils existent, car nous verrons tout à l'heure qu'il n'en est pas toujours ainsi.

On peut les distinguer en tympaniques et extra-tympaniques.

Signes physiques extra-tympaniques. — Lorsque le pédiatre cherche à trouver l'explication des différents symptômes fonctionnels ou généraux observés, il est parfois fort embarrassé. Il ausculte en vain les poumons et le cœur. L'abdomen ne lui donnera pas non plus la solution du problème.

A peine trouve-t-il une hypertrophie du foie et de la rate à laquelle certains attachent une grande valeur.

Peut-être alors recherchera-t-il quelques symptômes qui, s'ils sont positifs, pourront le guider et l'incliner plus volontiers à faire appel à l'otologiste. C'est tout d'abord le changement de coloration de la face, décrit la première fois par Halle, et auquel on n'attache pas, en général, une grosse importance.

Le deuxième signe qui peut parfois être constaté est la douleur provoquée par une forte pression sur le tragus, c'est le signe de Vacher. Cette douleur provoquée s'expliquerait ainsi : la pression du doigt, par l'intermédiaire de la colonne d'air, se transmet au tympan et à la caisse, d'où apparition d'une douleur, si cette caisse est le siège d'une inflammation. On admet classiquement que la douleur provoquée soit par pression sur le tragus, soit par traction sur le pavillon, est symptomatique, non pas d'otite moyenne, mais d'otite externe.

Pour rechercher le signe de Vacher, il faudra dès

lors s'appliquer à obturer d'une façon absolue le conduit, de manière à déterminer à son intérieur l'excès de pression qui va se transmettre à l'oreille moyenne. Recherche délicate et interprétation bien difficile chez le tout petit enfant. On accorde néanmoins une plus grande valeur à ce symptôme qu'au précédent.

Signalons encore la douleur rétro-angulo-maxillaire, liée à l'existence d'adénopathies carotidiennes haut situées exceptionnelles chez l'adulte, assez fréquentes, au contraire chez le nourrisson — et la chaleur plus marquée à la palpation de la mastoïde correspondant à la caisse malade, mentionnée tout récemment par Robertson.

Aucun de ces signes physiques extra-tympaniques, fussent-ils même observés simultanément, ne peut permettre d'affirmer le diagnostic d'otite latente. Leur valeur vient de ce qu'ils peuvent attirer l'attention du pédiatre et arrêter son esprit sur la possibilité d'une lésion de l'oreille. Il n'en est plus de même des signes physiques fournis par l'examen du tympan.

SIGNES PHYSIQUES OTOSCOPIQUES

Nous n'insisterons pas sur les précautions multiples et nécessaires, qui tiennent à la position du petit malade, à l'instrumentation employée, à l'ha-

bileté de l'observateur, nous supposons requises toutes les conditions qui permettront de faire un bon examen du tympan. On peut alors constater au niveau de la membrane tympanique des modifications extrêmement variées. MM. Le Mée, Bloch et Cazejust, après avoir examiné jour par jour et d'une façon systématique le tympan d'un certain nombre de nourrissons, ont pu, en répétant ainsi l'examen, assister aux modifications progressives que subit un tympan d'aspect normal pour en arriver à l'état qui conduit directement à la paracentèse.

Les examens systématiques leur ont permis de reconstituer les divers états par lesquels passe la membrane tympanique au fur et à mesure que l'infection auriculaire progresse et jusqu'au moment où la collection suppurée envahit la caisse.

Dans un premier stade, la coloration rose du segment supérieur augmente d'intensité; cette coloration est d'autant plus rouge que l'on se rapproche davantage de la partie supérieure; le reste du tympan garde son aspect normal. Il n'y a aucune modification de relief.

Au stade suivant, la rougeur augmente à la fois d'intensité et d'étendue; elle dépasse les limites de la membrane de Schrappnell. La partie antéro-supérieure se renfle sous forme d'une bulle de teinte rouge foncé. La tache lumineuse qui diminue de

surface devient moins nette. L'infection suivant son cours, le tympan va continuer à changer d'aspect : la rougeur gagne encore en intensité et en étendue, la voussure s'exagère, la tache lumineuse s'estompe de plus en plus et finit par disparaître si l'évolution se poursuit, les zones les plus saillantes de la voussure vont pâlir, puis devenir jaunâtre, jaune verdâtres et ternes. Les reliefs disparaissent, l'ensemble du tympan prend une couleur uniforme, jaunâtre, jaune verdâtre ou bien au contraire brunâtre, grisâtre, toujours terne et mat, avec un centre légèrement déprimé. Une perforation spontanée et souvent tardive pourra se faire au niveau d'un petit foyer hémorragique situé généralement à la partie supérieure de la membrane, donc mal placée pour permettre un bon drainage.

C'est cet aspect qui a paru le plus fréquent aux rapporteurs, mais il en est d'autres qui, plus rares, méritent néanmoins d'être mentionnées : l'aspect « givré » petites saillies brillantes sur fond tympanique rosé, qui serait une des caractéristiques les plus marquantes de l'otite latente chez le nourrisson; l'aspect ecchymotique; l'aspect « porcelainé »; le tympan mat et terne. Parfois l'aspect est presque normal, la surface est simplement un peu plus rosée que normalement, la saillie de l'apophyse externe est encore très nette, mais la tache lumineuse a disparu. C'est dans des cas de ce genre, appa-

raissant au cours d'un processus aigu, que le tympan se perfore spontanément et très vite, donnant ainsi un démenti à l'observateur qui l'a déclaré normal.

EN RÉSUMÉ : Modifications de la couleur du tympan avec disparition de son aspect brillant normal, absence de la tache lumineuse, présence d'une voussure tympanique, tels sont les symptômes, très inégaux d'ailleurs en importance, que permet de relever l'examen otoscopique.

Eux seuls pourront faire rapporter à la vraie cause les multiples manifestations de cette affection protéiforme, nous indiquerons plus loin la restriction que nous faisons à ce sujet. Aussi MM. Le Mée-Bloch et Cazejust concluaient-ils dans leur rapport : « Nous pensons que toujours l'infection de la caisse, à plus forte raison si elle s'accompagne d'exsudat et d'exsudat purulent, se reflète par l'aspect pathologique que prend le tympan et dans toute son étendue ».

Cette opinion n'est pourtant pas celle de tous les otologistes; certains pensent même que la membrane peut rester parfaitement indifférente au contenu de la caisse et que, par conséquent, il serait possible, au cours d'une paracentèse, de trouver du pus dans la caisse, alors que l'aspect du tympan est resté normal : il y aurait otite sans myringite. C'est l'opinion de Maurice Renaud qui

écrit : « Il n'est pas rare de trouver du pus derrière un tympan d'apparence normale ou quasi-normale ».

De Coates : « Quand elles existent, les modifications du tympan ont certainement une grande importance. Mais le tympan peut être partout normal ».

Du Carter : « Le tympan peut rester tout à fait normal chez le nourrisson ».

Martino pense également que le tympan peut rester indifférent à l'infection de la caisse. « J'ai pu, dit-il, constater dans de très nombreux cas, que l'inflammation de la membrane avec son cortège de symptômes caractéristiques, loin de constituer la règle, constitue l'exception chez les nouveau-nés et les jeunes enfants. L'otite moyenne de l'enfant généralement jusqu'à cinq ou six mois, avec une fréquence moindre à un âge plus avancé, n'a pas de symptomatologie du côté de la membrane, mais plutôt du côté de la mastoïde, des méninges, de l'appareil respiratoire ou gastro-intestinal, ou du côté de l'état général, car elle ne fait qu'effleurer la membrane ». Pour lui, la membrane tympanique n'est pas à cet âge, comme chez l'adulte, le point faible, chez le nourrisson, il y a d'autres parois plus faibles que la membrane qui sont autant de portes de sortie pour le pus : ce sont la lame criblée, la

suture pétro-squameuse, la large trompe d'Eustache, les déhiscences osseuses. « Ceci nous explique que la majorité des otites des premiers mois de la vie soient des otites latentes à symptomatologie diffuse et septicémique, ou à localisation dans les organes voisins ou éloignés en communication plus ou moins directe avec la caisse, sans que ces otites aboutissent à la perforation spontanée du tympan, sinon de façon exceptionnelle, parce que la tension du pus n'arrive pas à être suffisante pour créer cette perforation. »

« Ceci nous explique également que la perforation spontanée du tympan, qui est exceptionnelle, soit souvent tardive, parce que c'est seulement quand les organes voisins ont eu le temps de se défendre que le pus peut aborder le tympan. C'est ce qui nous explique, que les symptômes locaux puissent être absents si fréquemment, non seulement les symptômes objectifs, mais les symptômes subjectifs, puisque la douleur n'est pas un symptôme constant dans les premiers mois de la vie » (Martino).

Et à supposer que les signes otoscopiques existent, avant de les voir, l'observateur rencontrera au niveau du conduit auditif externe certaines difficultés qui pourront lui rendre impossible l'examen du tympan. Le conduit auditif externe est une cavité presque virtuelle souvent occupée par du

cérumen qui vient encore masquer le tympan, et cette membrane, presque horizontale, comme nous l'avons noté à propos de l'anatomie de l'oreille ne livre que difficilement son secret. Veillard écrit dans sa thèse : « *Avant d'introduire un speculum dans le conduit auditif du nourrisson, il faut au préalable s'assurer qu'il n'est pas obstrué par des débris épidermiques ou du cérumen.* L'épaisseur de la couche épidermique apporte un obstacle sérieux à cet examen rendu plus difficile encore chez les cachectiques avec les plis que font la peau.

« Ces difficultés, qui, on peut le dire, interdisent tout diagnostic tiré de l'aspect du tympan, par un médecin non rompu à la technique spéciale, disparaissent peu à peu à mesure que l'âge augmente; à partir de six mois, on la pratique plus facilement. »

Et plus loin : « L'examen otoscopique fait avec le plus grand soin nous a fourni des résultats peu probants. Nous avons dit qu'il fallait peu compter sur ce mode d'investigation avant l'âge de six mois ».

Maurice Renaud signale également qu'il est malaisé d'examiner les oreilles des nourrissons et plus encore de faire de leurs lésions un diagnostic exact.

Canuyt a insisté à différentes reprises sur les difficultés dont est hérissé l'examen du tympan à

cet âge. L'opinion des auteurs que nous venons de citer apporte déjà une restriction à la conclusion formulée par les rapporteurs. Certes, nous ne méconnaissions pas la grande valeur des signes otoscopiques et nous savons par le referendum de 1925 quelle importance primordiale leur est accordée par le plus grand nombre des spécialistes, mais peut-être en est-il, qui depuis cette date ont changé d'avis.

Nous n'en voulons pour preuve que l'exemple de notre maître, le docteur Denis. Il donnait alors, à propos des modifications de l'image otoscopique, la réponse que voici : « J'attache de l'importance à la coexistence des trois signes : disparition du triangle lumineux, voussure plus ou moins accusée, changement de couleur du tympan, qui n'est pas seulement rouge, mais gris, terne, avec petits points brillants ». Or, il arriva que certains cas complexes se présentèrent à lui, chez lesquels l'examen otoscopique ne révélait rien d'anormal. Il était impossible d'affirmer le diagnostic en ne se servant que des moyens habituellement employés, hormis bien entendu la paracentèse qui d'ailleurs, nous le verrons plus loin, n'apporte pas toujours la solution du problème, et devient, en cas d'erreur de diagnostic, une intervention bénigne sans doute, mais superflue. La ponction exploratrice du tympan devait lui venir en aide. Il ramenait dans la

seringue ou dans l'aiguille du pus, alors qu'aucun symptôme physique ne pouvait lui en faire affirmer l'existence.

FONCTION EXPLORATRICE DU TYMPAN

Après avoir affirmé dans leur rapport que toujours l'infection de la caisse, à plus forte raison si elle s'accompagnait d'exsudat et d'exsudat purulent, se reflétait par l'aspect pathologique que prenait le tympan, MM. Le Mée, Bloch et Cazejust envisageaient le cas suivant : « Si l'examen otoscopique lui-même laisse, malgré tout certains doutes, à quels moyens d'investigation doit-on avoir recours? Le choix est à faire entre la ponction et la paracentèse. Leur préférence allait, sans aucun doute, à cette dernière, il en était de même pour les spécialistes consultés; dans le referendum, 95 % étaient partisans de la paracentèse, 2,50 % de la ponction.

Les autres déclaraient ces moyens d'investigation inutiles.

L'étude de la ponction exploratrice du tympan est intimement liée à celle de la paracentèse, car les avantages attribués à l'une sont faits des inconvénients reprochés à l'autre et réciproquement.

Etudions d'abord la technique de la ponction,

nous verrons ensuite les résultats qu'elle est capable de fournir et nous terminerons en discutant les reproches qui lui sont adressés et les avantages que ses défenseurs lui confèrent.

TECHNIQUE DE LA PONCTION

Nous allons exposer la technique de la ponction *telle qu'elle est habituellement pratiquée par ses partisans.*

1° *Position du malade.* On peut adopter l'une des deux positions que voici : ou l'enfant sera assis sur un aide, qui immobilisera solidement la tête contre sa poitrine, ou il sera étendu sur une table recouverte d'une couverture et solidement maintenu par deux ou trois aides qui immobiliseront la tête, les épaules, les mains et les jambes. De toute façon, il est essentiel d'obtenir une bonne contention du petit malade, ce qui exige chez le nourrisson un développement de force assez considérable, car « il se tortille comme un ver » et sa tête glisse dans les doigts.

2° *Eclairage.* Il est absolument nécessaire, dit-on, d'utiliser le miroir de Clar, un simple miroir, frontal ne permettant pas de suivre le tympan dans les inévitables mouvements de la tête de l'enfant.

3° *Préparatifs.* S'il y a du cérumen qui empêche

l'examen, le conduit sera lavé à l'eau bouillie tiède; après assèchement, les parois du conduit seront touchés avec un porte-coton imbibé d'alcool. Après examen soigneux du tympan, on pourra l'anesthésier au Bonain.

4° *Instrumentation.* Un jeu de spéculums dont le plus petit, nécessaire pour le nourrisson, aura 3 centimètres de long et 3 millimètres 5 de diamètre à son extrémité, sera également indispensable. L'aiguille, bien aiguisée, aura un diamètre de 7/10 de millimètre et sera terminée par un biseau court de 1 millimètre 5 de long environ; elle sera coudée à angle obtus. La seringue employée est une seringue de Gibert à trois anneaux qui permet de faire l'aspiration d'une main pendant que l'autre maintient le speculum en place.

Certains praticiens se passent d'ailleurs de l'éclairage, négligent les préparatifs et ne gardent de l'instrumentation que le strict nécessaire.

C'est ainsi que Panneton et Longpré, qui ont pratiqué plus de deux mille ponctions du tympan, font la ponction à l'aveuglette, guidés par le seul toucher, et en se servant d'une simple seringue de Pravaz. Il n'est pas besoin de désinfecter préalablement le conduit auditif. « La technique la plus simple nous paraît la meilleure... Une seringue hypodermique de 2 centimètres cubes et une aiguille hypodermique de moyen calibre et de longueur suf-

fisante présentant un biseau assez court... Il ne saurait, à notre avis, y avoir de désinfection du conduit que théorique. Le seul fait de verser quelques gouttes d'un antiseptique dans le canal auriculaire ne saurait pas plus suffire à détruire la flore microbienne y contenue que de verser quelques gouttes de la même solution sur une surface cutanée, ne la stérilise. D'autre part, on ne saurait songer à des solutions antiseptiques violentes pour des raisons manifestes. quant à l'anesthésie locale; *nous avouons nous en passer pour le nourrisson quand il s'agit de la ponction.* Nous doutons que la piqûre d'aiguille soit plus douloureuse que la pousse d'un tampon sur le tympan »... Et plus loin : « Pour l'avoir maintes fois constaté, le nouveau-né ne laisse pas voir son tympan... Nous faisons la ponction à l'aveuglette, guidés par le seul toucher » (Panneton et Longpré). Cette opinion est le résultat d'une expérience qui compte plus de deux mille ponctions du tympan. Elle pourrait sans doute être taxée de téméraire; pour l'avoir pratiqué plusieurs fois, nous avouons que cette ponction « à l'aveuglette » est simple, elle ne nous semble pas dangereuse. Mais nous n'en avons pas une grande expérience, car ordinairement nous pratiquons la ponction sous le contrôle de la vue, avec une seringue ordinaire munie d'une aiguille hypodermique présentant les dimensions indiquées,

après désinfection préalable du conduit auditif externe, et nous n'avons jamais eu aucun ennui.

5° *Où et comment ponctionner?* On commencera d'abord par examiner attentivement le tympan et par chercher des points de repères, s'il en existe; on sait que chez le nourrisson, le tympan est plus accessible au regard si, au lieu de tirer le pavillon en haut et en arrière, on tire sur le lobule en le portant en bas, légèrement en avant et en dehors. La région de ponction est les trois quarts inférieurs du tympan derrière quoi ne se trouve que la bosse séreuse du promontoire dont la piqure ne présente aucun inconvénient.

Théoriquement et pratiquement, il vaut mieux respecter le quart supérieur qui est la région ossiculaire. Or, la profondeur de la caisse varie de trois millimètres au quart supérieur à un demi-millimètre à la partie inférieure. On comprend dans ces conditions, qu'une partie d'un biseau trop long pourrait rester hors de la caisse, et rendre apparemment négative une ponction qui devrait être positive. C'est pourquoi il est bien recommandé de se servir d'aiguilles à biseau court. De plus, il ne faudra pénétrer dans la caisse ni trop bas où l'espace est presque virtuel, ni trop haut, pour ne pas blesser les organes — corde, osselets — qui s'y trouvent. Une très légère sensation de résistance vaincue indiquera que le tympan a été perforé.

L'aiguille sera enfoncée de deux millimètres et l'on aspirera.

RESULTATS FOURNIS PAR LA PONCTION

1° Il se peut que la seringue ne ramène pas de pus, dans ce cas il faut :

a) Etre bien sûr que l'on a perforé le tympan. Un peu d'habitude permet de connaître la sensation particulière à percevoir.

b) Etre bien sûr qu'une partie du biseau n'est pas restée hors de la caisse; l'aiguille enfoncée de deux millimètres environ évitera cette erreur.

c) Savoir que le fait de ne rien avoir dans la seringue ne suffit pas à rendre la ponction négative, *on repoussera alors le piston, afin de voir si l'aiguille ne contient pas une gouttelette révélatrice. C'est là un cas qui se retrouve assez fréquemment, surtout lorsque le liquide retiré est un muco-pus visqueux ou lorsqu'il est peu abondant.*

2° La seringue ramène une certaine quantité de liquide séreux, séro ou muco-purulent; cela suffit pour affirmer que la ponction est positive et commander la paracentèse large; l'oreille saine ne contenant en effet aucun liquide. Il faut rappeler, à ce propos, que nombre de pédiatres et d'auristes ne sont pas du tout de cet avis. Dans 30 % des cas

autopsiés on trouve, d'après Veillard, du muco-pus dans la caisse; si l'on pratique le lavage de cette caisse en apparence infectée, l'on constate que le revêtement muqueux est parfaitement sain, les osselets de même, le tympan intact. Il ne s'agit pas là de catarrhe muco-purulente de la caisse, mais de l'invasion de l'oreille moyenne par du pus venant du pharynx qui y pénètre pendant les périodes ultimes de la maladie, à laquelle a succombé l'enfant; cete pénétration est facilitée par le décubitus.

Hallé, dans la discussion qui a suivi le rapport de 1925, disait : « Parler d'otite et de mastoïdite toutes les fois que l'on trouvera à l'autopsie du muco-pus dans la caisse et même dans l'autre, cela me paraît aussi peu exact que de dire que les enfants qui ont aussi du pus dans le nez sont atteints d'éthmoïdites.

Et les rapporteurs eux-mêmes concluaient : « Le liquide que l'on trouve dans les cavités auriculaires est tantôt du pus, tantôt du muco-pus. Dans le premier cas, l'exsudat est né sur place, c'est l'otite latente vraie, dans l'autre les sécrétions proviennent du cavum et ont pénétré par la trompe, ce sont des sécrétions d'emprunt ».

C'était aussi ce qu'avait exprimé antérieurement Le Marc' Hadour. A quoi M. Rendu répondait : « Je me permettrai de demander aux rapporteurs pourquoi ils refusent à la muqueuse de la caisse le droit de fabriquer du muco-pus, comme le fait

celle du cavum ». Pourquoi dénier à la muqueuse tympanique, simple prolongement de l'arbre respiratoire, le droit de se comporter comme lui ?

« A ce compte-là, pourquoi ne pas soutenir que le pus vient aussi du cavum, puisque la muqueuse nasale est susceptible d'en produire ? On arriverait ainsi à cette conclusion : c'est que, quelle que soit la nature du liquide trouvé dans la caisse, celle-ci serait toujours un entrepôt et jamais une fabrique.

« Nous croyons la vérité tout autre : de même que l'on observe des rhinites catarrhales, séreuses, muco-purulentes et purulentes, de même l'otite de l'enfant peut être catarrhale (simple mucus) muco-purulente, séro-purulente ou purulente : la forme muco-purulente étant soit une forme atténuée, une infection qui n'arrive pas à la suppuration, soit la phase initiale d'une otite suppurée vraie ».

De nombreux arguments d'ailleurs viennent prouver le bien-fondé de cette manière de voir.

a) Les recherches histologistes (Barety et Joseph Renaut, 1869; Maurice Renaud, 1921) ont prouvé que dans tous les cas d'otite latente, la muqueuse était enflammée, même lorsqu'elle paraissait saine macroscopiquement. Le pus se forme donc bien sur place, et n'est pas déversé du cavum dans la caisse.

b) Il faudrait prouver qu'un liquide puisse passer par capillarité ou pesanteur dans l'oreille moyenne, ce qui n'a pas été fait. Du bleu de méthylène ins-

tillé par Rendu dans le nez n'a pas été retrouvé post-mortem dans la caisse.

c) A supposer que l'eau puisse pénétrer du cavum dans la trompe, il n'en serait sûrement pas de même d'un liquide visqueux et adhérent.

d) Si le muco-pus pouvait si facilement passer du cavum dans l'oreille, il en serait de temps en temps de même du lait provenant de vomissements en décubitus dorsal; or, on ne l'a jamais rencontré dans les autopsies de nourrissons (Rendu).

e) Et si l'on objecte que la trompe permet bien la sortie du pus, on peut répondre que, formé dans des cavités inextensibles, le pus ne peut pas s'échapper par ailleurs; le muco-pus nasal a toute liberté pour descendre dans le pharynx buccal ou refluer dans les fosses nasales.

On voit combien sont précaires, théoriquement et expérimentalement, les objections qui ont été formulées à propos de l'origine naso-pharyngienne du muco-pus trouvé dans la caisse.

Nous rapportons ces appréciations pour montrer combien les avis diffèrent quant à l'origine du muco-pus trouvé dans la caisse. Malgré ces discussions ou plutôt à cause d'elles, nous croyons que, s'il existe dans la caisse du muco-pus, il est sage de faire une myringotomie. Il vaut mieux, en effet, ouvrir un tympan dont l'oreille est saine que de laisser une otite évoluée à bas bruit vers des com-

plications trop souvent graves. Si donc la ponction exploratrice nous ramène du muco-pus, nous ferons une paracentèse.

3° La seringue ramènera enfin du pus franc en plus ou moins grande abondance. Il s'agit alors, presque à coup sûr, d'une otite suppurée avec souvent participation de l'autre. Panneton et Longpré, dans plus de deux cents cas ont ouvert la mastoïde sans autre signe que celui-là; dans huit cas seulement, ils n'ont pas trouvé de pus franc intra-mastoïdien. Dans ces derniers cas, une abondante suppuration s'établissait presque immédiatement, et dès l'intervention, ils assistaient, à leur grande surprise, à une véritable résurrection de leurs petits opérés.

Ces faits qui ne sont pas négligeables et ne devraient pas être négligés, ne sont pourtant pas retenus par les adversaires de cette méthode qui font à la ponction de nombreux reproches et objectent que la paracentèse donne aux praticiens les mêmes avantages.

REPROCHES FAITS A LA PONCTION

1° La ponction est difficile. La façon d'opérer est la même que celle qui est employée pour la paracentèse, et il est évident que la ponction du tympan

ne peut pas être plus difficile que la myringotomie.

2° La ponction est dangereuse.

a) Elle peut provoquer une blessure de l'oreille interne au niveau des fenêtres; « en effet, l'aiguille doit avoir un calibre suffisant sous peine de ne pouvoir aspirer le pus, et par conséquent, un biseau assez court et pas très aigu; l'aiguille piquant mal, le tympan se dérobe devant elle et au moment où brusquement il se laisse traverser, la pointe de l'aiguille risque d'atteindre une des fenêtres » (Le Mée, Bloch et Cazejust). Si l'on substitue par la pensée une aiguille de paracentèse à l'aiguille de la seringue de Gibert ou même à l'aiguille d'une seringue hypodermique, les dangers de blessure de l'oreille interne restent les mêmes et l'on ne voit pas pourquoi la fenêtre ovale risque plus d'être lésée par la pointe d'une aiguille creuse que par celle d'une aiguille pleine.

b) D'autre part, la ponction peut provoquer une otite qui n'existait pas. « Du fait de l'aspiration intra-tympanique, la pression de l'air diminue dans la caisse; il se fait ainsi, à travers la trompe, un appel d'air qui peut attirer vers l'oreille en même temps que de l'air, le muco-pus contenu dans le cavum, la dimension de la trompe chez le nourrisson facilitant cette pénétration. Ainsi l'on admet que, lorsque du muco-pus est ramené par la pon-

tion exploratrice, celui-ci provient du cavum, et la caisse n'est pas infectée; tandis que si la ponction fait pénétrer dans la caisse du muco-pus nasopharyngien, il va provoquer une otite. Nous ne soulignerons pas davantage la contradiction.

« On pourrait d'ailleurs répondre que l'aspiration réalisée par la ponction ne représente pas un vide de plusieurs centimètres cubes, mais seulement de quelques dixièmes de centimètre cube; or la légère pression négative qui en résulte n'agit pas directement sur la trompe, puisqu'elle se transmet à elle par la masse aérienne de la caisse; dès lors, l'aspiration, ainsi diluée, n'est plus suffisante pour faire passer dans la caisse le muco-pus très visqueux du naso-pharynx. Peut-être même l'aspiration a-t-elle pour résultat de faire arriver de l'air du conduit auditif dans la caisse par l'interstice virtuel qui entoure l'aiguille dans sa traversée du tympan » (Rendu).

Les faits sont plus persuasifs que les réponses théoriques.

Il n'est évidemment pas possible de ponctionner des tympans sains pour voir ce qu'il peut advenir; mais les ponctions blanches que l'on peut faire n'entraînent aucune complication, ainsi que le prouvent des observations signalées par Rendu, Pannton et Longpré. Nous-mêmes en rapportons quelques-unes.

3° La ponction peut être inopérante soit que l'aiguille ne puisse perforer complètement la membrane et chasse devant elle la muqueuse de la caisse, soit que le liquide contenu à l'intérieur de la caisse, trop épais et filant, ne puisse, malgré l'aspiration, pénétrer dans l'aiguille.

Pour que la pointe de l'aiguille ne puisse traverser le tympan, il faudrait qu'elle fût singulièrement émoussée; nous n'avons jamais constaté cette possibilité.

Quant à la seconde objection, nous la croyons rarement réalisée. Une aiguille de moyen calibre permettra d'aspirer le liquide, même épais et filant, non pas en totalité, mais en quantité suffisante pour établir le diagnostic; une simple gouttelette suffit. Il est vraisemblable que, dans pareille circonstance, la paracentèse ne donnerait pas plus facilement de renseignements; car si la brèche est plus grande, l'aspiration n'existe pas, et le pus visqueux et épais se frayera bien difficilement un passage à travers la fente, on peut donc considérer que, pratiquement, chaque fois qu'il y aura du pus dans la caisse, la ponction du tympan en révélera l'existence.

4° Et si l'on vient objecter encore que la ponction exploratrice laisse dans le tympan une perforation avec toutes les conséquences qu'elle peut entraîner,

nous demanderons ce qu'il pourra bien advenir d'une paracentèse négative.

AVANTAGES DE LA PONCTION

La ponction présente, en effet, quelques avantages qui, si petits soient-ils, n'en ont pas moins leur importance. Le médecin d'hôpital n'a pas à tenir compte de l'opinion des parents; le praticien, au contraire, doit compter avec elle.

1° En clientèle, en cas d'otite latente, lorsque rien apparemment ne fait songer à la possibilité d'une infection de l'oreille, une incision du tympan effrayera davantage certains milieux timorés qu'une simple piqûre; aussi cette dernière sera-t-elle plus facilement accepté comme moyen de diagnostic.

2° Si elle est positive, si elle fait constater *de visu* l'existence de pus dans l'oreille, aucune objection, dès lors, ne saurait plus être faite contre une paracentèse, même par les parents les plus pusillanimes.

3° Certains otologistes pratiquent toujours la paracentèse sous anesthésie au chlorure d'éthyle, même chez des nourrissons. Avec la ponction aspiratrice, l'anesthésie devient inutile.

4° C'est le seul procédé qui permette des recherches bactériologiques précises: L'asepsie du conduit

auditif externe que l'on s'efforce d'obtenir en vue d'un examen de laboratoire est toute relative, et tout pus prélevé après paracentèse risque d'être contaminé par des agents microbiens du conduit. A ce point de vue, la ponction donne le maximum de garantie.

5° Rendu prétend encore que dans l'otite latente du nourrisson devenue chronique, c'est-à-dire fistulisée par la trompe dans le tube digestif, le bombement tympanique de la phase aigüe disparaît, la pression intra-tympanique diminue et une paracentèse risque d'être blanche pour peu que le pus soit épais et visqueux en pareil cas, la ponction aspiratrice pourra ramener du pus.

6° En cas de ponction blanche, un simple petit orifice punctiforme exposera peut-être moins l'oreille moyenne à l'infection qu'une incision de paracentèse. Il est vrai que, dans la pratique, ces dangers sont bien minimes, et qu'ils disparaissent dans l'un et l'autre cas, si l'on procède aseptiquement.

7° La ponction renseigne mieux et plus vite que la paracentèse sur la nature du contenu de la caisse. En cas d'incision tympanique, l'opérateur voit sourdre parfois le pus et peut en ramener une goutte au bout de son aiguille, mais trop souvent

il ne ramène que du sang auquel se mélange le pus et le muco-pus de la caisse, s'il y en a.

S'agit-il de myringite simple ou d'otite vraie?

Impossible de le savoir; et cependant on aimerait être fixé sur le champ. Or, ce n'est qu'au bout d'un temps variant de une à vingt ou trente heures que, s'il y a otite avec épanchement, l'on verra un écoulement purulent prendre la place de l'écoulement sanguin. « Seule la ponction exploratrice permet dans ces cas de faire un diagnostic, et partant, un pronostic immédiat. Ceux qui en font usage savent depuis longtemps qu'il existe du pus dans la caisse au moment de la paracentèse, même quand un intervalle libre de dix, vingt ou trente heures sépare celle-ci de l'apparition de l'écoulement, sans doute les partisans de la paracentèse arrivent à la même conclusion, mais par une voie détournée, celle de la clinique, qui montre qu'une paracentèse apparemment blanche amène souvent la chute de la fièvre et la suppression des troubles généraux, alors que la suppuration n'apparaît que le lendemain. Ainsi l'observation clinique vient confirmer les données précises et concrètes fournies par la ponction exploratrice. Celle-ci présente donc sur la paracentèse, au point de vue du diagnostic, un avantage certain; elle donne d'une façon immédiate et indiscutable des renseignements précis sur la nature du contenu de la caisse » (Rendu). Nous rappelons que

l'examen otoscopique reste parfois négatif dans l'otite latente du nourrisson et que c'est devant de tels cas que notre maître, le docteur Denis, eût recours à la ponction. Les résultats obtenus ne font que confirmer la fréquence de cette affection à cet âge.

Cette fréquence a été signalée depuis déjà longtemps.

La proportion des nourrissons à l'autopsie desquels on trouve des suppurations de l'oreille moyenne oscille, suivant les auteurs, entre 75 et 100 %. Citons :

Parrot (1869), 95 %.

Netter (1889), 100 %.

Hartmann (1894), 75 %.

Sur 27 autopsies d'enfants morts dans le premier mois, Barbillon a trouvé 25 fois la suppuration des deux oreilles.

M. Renaud apporte en 1921 une statistique donnant 100 % d'otites à l'autopsie et il ne s'agissait pas seulement d'une lésion superficielle et légère de la muqueuse, de la trompe et de la caisse, mais bien d'une ostéomyélite développée autour des cavités de l'oreille; quatre fois sur cinq il notait l'existence de lésions bilatérales.

Chatin et Rendu signale dix-huit otites sur dix-neuf autopsies.

« Devant l'énorme chiffre fourni par les statistiques, on serait tenté de croire, avec Politzer, qu'il doit s'agir, dans un certain nombre de cas au moins, d'une « rétrogradation prolongée » du tissu gélatineux, d'une sorte de « désagrégation physiologique » en désaccord avec son heure naturelle » (P. Sébilleau).

Et plus loin, le professeur Sébilleau ajoute : « Deux choses sont certaines : la première est que, sur les nourrissons qui meurent, la suppuration des cavités aériennes de l'oreille moyenne est une lésion pour ainsi dire constante; la seconde est que cette suppuration est à peu près toujours une trouvaille d'autopsie et que, par conséquent, on peut la dire dans presque tous les cas cliniquement latente ».

Au hasard de sa consultation d'hôpital, Maurice Renaud a relevé 37 cas d'otites sur 42 malades.

Dans le referendum de 1925 :

46 % des spécialistes considèrent l'otite latente comme fréquente;

39 % la considèrent comme rare;

15 % comme peu fréquente.

Et du côté des pédiatres :

66 % d'entre eux considèrent l'otite latente comme fréquente;

9 % seulement la considèrent comme rare;

25 % comme peu fréquente.

L'opinion des rapporteurs eux-mêmes est que la fréquence de cette affection est très grande : sur 183 enfants à poussées fébriles inexplicables par l'examen général, 58, soit environ un tiers, étaient porteurs d'une otite latente, diagnostic confirmé par la chute rapide de la température après la paracentèse et par les résultats bactériologiques. Pour s'appliquer à tous les enfants, cette statistique n'en a pas moins de valeur quand il s'agit de nourrissons. De plus, l'otite du nourrisson est grave, parce que latente et à cause des multiples complications qui peuvent advenir; aussi, par un juste rapprochement d'images, a-t-on pu dire : « Le cavum est un caecum de la voie respiratoire et l'oreille en est un appendice »; mettant ainsi en relief la fréquence et la gravité qui sont communes à ces deux affections, il n'est donc pas surprenant de voir, dans certains hôpitaux d'enfants, le service devenir pour ainsi dire commun au médecin et à l'auriste, qui tous deux examinent l'enfant dès son entrée, quelle que soit la maladie en cause.

OBSERVATIONS

Nombreuses sont les observations que nous pourrions fournir à l'appui de cette thèse; elles se ressemblent trop pour que nous les rapportions toutes, nous ne ferons qu'en citer quelques-unes.

OBSERVATION I

X... (Jean), dix mois, grosse infection broncho-pulmonaire. La broncho-pneumonie évolue, semble-t-il, normalement et cependant la température reste élevée sans qu'on puisse en trouver la cause. Amené à la clinique du docteur Denis le 8 juin 1929 pour examen des oreilles.

A droite, l'otoscopie décèle des signes nets d'otite, mais à gauche, il est impossible de conclure. On pratique une ponction exploratrice; elle est positive. Paracentèse bilatérale. Guérison.

OBSERVATION II

B... (Paul), 4 mois, examiné à l'hôpital le 20 août 1929. Depuis dix jours, l'enfant présente du coryza

avec fièvre voisine de 39°. Insomnie avec pleurs et cris incessants.

L'examen au speculum ne révèle rien d'anormal à droite. A gauche, légère rougeur de la partie supérieure du tympan; pas de voussure apparente, la tache lumineuse existe. Devant l'imprécision du diagnostic on fait une ponction exploratrice bilatérale. L'aiguille ramène à gauche une goutte de pus franc. Paracentèse immédiate. Il ne s'écoule sur le moment que du sang; écoulement purulent le lendemain. Guérison en trois semaines, sans aucune complication auriculaire droite.

OBSERVATION III

Bi... (Micheline), dix mois, est opérée de mastoïdite gauche aiguë par le docteur Denis, et l'évolution se fait très normalement du côté de la plaie opératoire. Cependant l'enfant reste fiévreux, grognon, sans manifestation du côté de l'état général, susceptible d'expliquer ces symptômes. L'oreille droite est examinée à trois reprises; elle paraît normale. Au troisième examen, on fait une ponction exploratrice à droite; l'aiguille ramène une goutte de muco-pus. Paracentèse. 48 heures après, l'oreille suppure; la température tombe pour ne plus remonter.

OBSERVATION IV

D... (Paul), sept mois, amené par son médecin à la clinique du docteur Denis le 30 octobre 1929. Rougeole il y a trois semaines. Etat général médiocre avec pâleur de la face. Fièvre oscille entre 37°5 et 39° depuis la convalescence de la rougeole. Amaigrissement, insomnie.

De chaque côté, voussure légère de la partie supérieure du tympan avec rougeur concomitante. Présence de la tache lumineuse. Une ponction exploratrice bilatérale ramène chaque fois du pus dans la seringue. Paracentèse bilatérale. Amélioration immédiate, puis guérison.

OBSERVATION V

K... (Yvonne), six mois, examinée à l'hôpital le 18 décembre 1929. Depuis 8 à 10 jours pleurs continuels. Température oscille aux environs de 39° sans qu'on puisse trouver la cause. Alimentation difficile.

La partie supérieure des deux tympans est rouge sans voussure, le reste présente une teinte subnormale, avec présence de la tache lumineuse. La ponction exploratrice est positive à droite et à gauche. Paracentèse bilatérale. Guérison.

OBSERVATION VI

F... (Henriette), six mois, fait de la température depuis une semaine. L'enfant est devenu grognon, refusant parfois de prendre son lait et dort mal.

L'otoscopie, difficile à interpréter, ne permet pas de conclure. Avant de faire une paracentèse, on pratique une ponction exploratrice du tympan. Elle est positive à droite et à gauche. Paracentèse bilatérale. Guérison.

OBSERVATION VII

B... (Joseph), onze mois, amené à l'hôpital sur les conseils d'un médecin le 8 janvier 1930. Présente depuis un mois un état général relativement médiocre avec poussées fébriles intermittentes. Abattement progressif. Amaigrissement.

Tympan gauche difficile à examiner. A droite, membrane rose avec disparition du triangle lumineux sans voussure apparente. La ponction exploratrice ramène de chaque côté une goutte de pus franc. Paracentèse bilatérale. Guérison en trois semaines.

OBSERVATION VIII

M... (Simone), cinq mois, envoyé à la clinique du docteur Denis le 25 février 1930 par le médecin de

la famille. Coryza durant depuis quinze jours; l'enfant qui est devenu grognon, dort mal. Fièvre continue aux environs de 38°. Amaigrissement. Selles diarrhéiques et glaireuses. Pas d'écoulement d'oreille. Aucune douleur à la pression de la mastoïde.

Le conduit auditif externe obstrué par du sérum rend difficile l'examen du tympan. Ponction exploratrice bilatérale; elle est négative à droite, mais à gauche on ramène un liquide séro-purulent. Paracentèse à gauche. Il ne s'écoule que du sang. Écoulement purulent le surlendemain. L'enfant revu quinze jours après, va bien; la fièvre est tombée et le sommeil est revenu. Aucune complication auriculaire droite.

OBSERVATION IX

A... (Suzanne), dix mois, amenée à l'hôpital par ses parents le 10 mars 1930. On trouve que l'enfant « a changé » depuis trois semaines; on avait cru au début à une poussée dentaire. Le lait est chaque jour délaissé. Diarrhée instable. Amaigrissement. Faciès pâle. Poussées fébriles intermittentes. L'examen de l'oreille gauche montre un tympan rosé avec persistance de la tache lumineuse et absence de voussure. Ponction exploratrice ramène du pus franc. A droite même image otoscopique, mais la

ponction reste négative. Paracentèse à gauche; écoulement sanglant d'abord, puis purulent le lendemain. Guérison sans complication auriculaire droite.

OBSERVATION X

P... (Guy), huit mois, envoyé à la clinique du docteur Denis par son médecin le 25 mars 1930. Depuis une quinzaine de jours environ l'enfant est mal en train; plusieurs poussées fébriles à 39°, le lait est délaissé. Amaigrissement. Insomnie. L'examen otoscopique découvre à droite un tympan légèrement rosé, sans voussure, mais sans triangle lumineux; à gauche, le tympan est sensiblement de même couleur, mais il y a persistance de la tache lumineuse. Une ponction exploratrice est pratiquée de chaque côté et se trouve être positive. Paracentèse bilatérale. Ecoulement purulent vingt-quatre heures après. Amélioration immédiate. Guérison.

CONCLUSIONS

Nous avons rapporté l'opinion des maîtres qui depuis quelques années s'acharnent à éveiller l'attention des médecins pour éviter les coups sournois de l'otite latente; nous croyons toutefois que cette affection n'a pas acquis, dans la pratique courante, l'importance qu'elle mérite. D'une façon générale, l'examen de l'oreille est négligée en clientèle.

« Tout se passe en pratique, dit Apert, comme si on ne connaissait pas les otites du nourrisson.

Il y aurait pourtant intérêt à le faire systématiquement chaque fois qu'un cas se trouve mal défini, et ne pas attendre pour cela que le mal fait soit irréparable. Il n'est que de penser combien redoutables et nombreuses sont les complications de l'otite latente, principalement chez le nourrisson. Une fois, au cours de nos études, pour citer un exemple, il nous est arrivé d'assister à l'évolution d'une méningite otogène qui fut fatale. Nous voulons croire que pareille complication ne se serait pas produite si l'on avait eu recours systématiquement à l'examen otoscopique. Chez les tout-petits, la pathologie de l'oreille est aussi importante que celle des poumons, du tube digestif ou de la gorge; ceux-ci ne sont jamais négligés par l'observateur; l'oreille ne devrait pas l'être davantage. Ce sera notre première conclusion.

Mais il en est une autre. L'examen otoscopique peut rester muet; pourquoi dès lors, ne pas faire appel à tous les moyens d'investigation. Nous croyons avoir démontré que la paracentèse est curatrice, difficilement exploratrice; la ponction du tympan, au contraire, est exploratrice, jamais curatrice. Elle donnera au spécialiste et au pédiatre des renseignements qui lui permettront l'affirmer à coup sûr un diagnostic d'otite, tout autre symptôme même étant absent. Elle est loin, certes, d'être reconnue et pratiquée comme elle devrait l'être, les résultats sont cependant tangibles et nous ne pouvons mieux faire que de citer cette conclusion de Panneton et Longpré : « Dans la lutte que nous avons entreprise à la crèche d'Yonville, à Liesse, pour réduire la mortalité infantile de cette institution (l'une des plus grandes du genre), la vaccination antidiphtérique et la ponction exploratrice ont été les deux armes dont nous nous sommes servis. La mortalité en trois ans est quatre fois moindre ».

Vu : le Doyen

Vu : le Président

ROGER.

SEBILEAU.

Vu et permis d'imprimer

le Recteur de l'Académie de Paris

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- 1869 PARROT. — *De l'otite moyenne chez le nour-*
risson (Société Méd. des Hôpitaux, avril
1869).
- Alex. BARETY et Joseph RENAUT. — *Anatomie*
pathologique de l'otite interne des nou-
veau-nés (Arch. de Physiologie, t. II, pages
374 à 390).
- 1893 COURTADE. — *Anatomie topographie compa-*
rée de l'oreille moyenne chez le nouveau-
né et chez l'adulte (Ann. des malad. de
l'oreille, etc. Paris, 1893, p. 682-688).
- 1895 KOSSEL. — *Otite des nourrissons* (Analyse
dans Journal de clinique infantile, n° 12).
- 1896 MARTHA. — *L'otite lactique chez le nouveau-*
né (Progrès médic., n° 23, 6 juin, p. 355).
- 1898 GÖMPERZ. — *Otite moyenne de snourrissons*
(Soc. Autrichienne d'Oto. C. R. Ann. malad.
enf. Février, p. 160).
- 1899 VEILLARD. — *Contribution à l'étude de l'otite*
du nouveau-né et du nourrisson (Thèse de
Paris, 1899, n° 491).

- 1903 BARBILLON. — *De l'infection septique d'origine optique chez les nourrissons* (Revue mens. des maladies de l'enfant. Novembre, p. 487 à 503).
- 1904 GUIBE. — Dans *Traité d'Anatomie humaine* de Poirier et Charpy (Organes des sens, tome V (2), p. 1272 à 1282).
- 1906 CHAUVEAU. — *Antrité des nourrissons sans lésion apparente du tympan* (Arch. intern. laryngologique, XXI, n° 2, mars-avril 1906).
- 1909 SPENGLER. — *Rapport sur les affections des oreilles dans la première enfance* (II Congrès des Otolaryng. russes de Moscou. Ann. Mal. Oreil., 1911, II, p. 696-700).
- 1910 MOURET. — *Déhiscences intra-craniennes des cavités de l'oreille* (Bull. et mein. de la Société française, 1910).
- 1912 ESCHWEILLER. — *L'otite des petits enfants* (Arch. Intern. Laryng., 1912, tome II, p. 601).
- 1914 LE MARC'HADOUR. — *Les végétations adénoïdes et les otites chez les nourrissons* (Cliniq. infant. 1^{er} août, p. 450-458).
- 1917 COMBY. — *Les otites latentes de la première enfance* (Arch. mal. des enfants, sept. 1917, n° 9, p. 476-482).

1921 VARIOT. — *Traité pratique des maladies des enfants du premier âge* (Paris, 1921, p. 394-399. Art. de Le Marc'Hadour).

Maurice RENAUD. — *Les otites et les suppurations du rocher chez le nourrisson. Leur extrême fréquence. Leur importance dans les diarrhées infantiles. Leur rôle dans la genèse de l'athrepsie* (Bull. et Nem. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris. 14 octobre, p. 1326-1336, 21 oct., p. 1352-1362, 28 oct., p. 1384-1389).

Discussion : GUINON, MENETRIER, COMBY, TIXIER, MARTIN, LESNE, RIBADEAU-DUMAS, MERKLEN, HALLE, VARIOT, Armand DELILLE.

LEROUX Robert. — *Otite du nourrisson et du nouveau-né. Pathogénie. Prophylaxie* (Pr. méd., 17 déc. 1921, p. 999-1001).

1922 M. RENAUD et ARBELTIER. — *Fréquence et gravité des otites chez les nourrissons* (Bull. de l'Acad. de méd., n° 14, p. 394-397).

P SÉBILEAU. — *Les suppurations aiguës de la cavité antro-tympanale chez les enfants* (Leçons faites à Lariboisière. Revue Méd. Franç., 2 avril 1922).

ARBELTIER. — *Sur la fréquence et la gravité de l'otite du nourrisson* (Thèse de Paris, 1922).

RENDU. — *Otite moyenne purulente latente du nourrisson* (X^e Congrès d'oto. 19 juillet 1922).

LE MÉE. — *Les otites latentes et les otites méconnues chez le nourrisson et dans la première enfance* (X^e Congrès d'oto., Paris, juillet 1922).

CHATIN et RENDU. — *Fréquence et gravité des otites latentes chez le nourrisson d'après 19 observations* (Journ. de Méd. de Lyon, 5 déc. 1922, p. 727 à 732).

1923 David GALATI. — *Rapport II^e Congrès d'O. R. L. Bucarest* (27-28 octobre. C. R. arch. intern. Laryng. Juillet-août 1924, p. 838).

WEILL et PEHU. — *Les otites du nouveau-né* (in Pédiatrie de Sergent, Paris, 1923, t. II, p. 32-33).

RIBADEAU-DUMAS. — *Troubles digestifs à évolution lente chez le nourrisson* (in Pédiatrie de Sergent, tome I, p. 667).

1924 LE MÉE. — *L'otite non douloureuse des enfants* (L'Hôpital, janvier 1924).

LE MÉE. — *Société Belge d'O. R. L., Bruxelles* (in Arch. intern. Laryng., 24 février 1924).

RENDU. — *De la ponction exploratrice dans le diagnostic de l'otite du nourrisson* (Arch. int. Laryng., p. 274-277 et 840-842).

- 1925 LE MÉE, BLOCH et CAZEJUST. — *Otites latentes chez l'enfant* (Congrès de 1925, Soc. Franç. d'O. R. L. Paris, 1925, tome XXXVIII, 1^{re} partie, p. 1 à 150).

Discussion du rapport : LEROUX-ROBERT, RENDU, CANUYT, M. RENAUD, BLOCH (Société Franç. d'O. R. L., 2^e partie, p. 347 à 356).

VESSELLE Pierre. — *L'otite du nourrisson* (Thèse de Paris, 1925, n° 454).

RENDU. — *Utilité et innocuité de la ponction aspiratrice du tympan dans le diagnostic de l'otite chez l'enfant* (Communication Sté Française d'O. R. L., tome XXXVIII, 2^e partie, p. 13 à 24).

GIRARD. — *Les otites latentes chez le nourrisson* (Communication Sté Française d'O. R. L., 2^e partie, p. 27 à 34).

ABOULKER. — *Les complications silencieuses des otites* (Presse méd., 8 août 1925, p. 1059-1061).

- 1926 CANUYT. — *Communication à la réunion pédiatrique de Strasbourg*, séance du 14 nov. 1925 (in Arch. méd. des enfants, p. 182-183).

- 1926 CANUYT-P. ROHMER. — *Réunion pédiatrique de Strasbourg*, séance du 10 janvier 1926 (in Arch. méd. des enfants, p. 731).

- 1929 PANNETON et LONGPRÉ. — *De l'importance primordiale de la ponction exploratrice de l'oreille moyenne chez le nourrisson* (Ann. mal. des oreilles, tome XLVIII, n° 9, sept. 1929, p. 911 à 918).
-

